

DECLARACION DE INGRESOS

Yo, _____ declaro que en esta fecha de _____ que:
Nombre del Solicitante

No hay ninguna prueba documentada de los ingresos, para mí o los miembros del hogar siguientes, porque;

Estoy aplicando para recibir asistencia de los **Servicios Humanos y de Salud y Servicio para Veteranos del Condado de Travis**. En mi hogar viven _____ personas. Los siguientes miembros de mi hogar tienen 18 años de edad o más y, durante los últimos 30 días antes de llenar esta aplicación, han recibido ingresos. Indique el nombre y los ingresos de cada miembro.

Nombre		Ingresos	

Certifico que la información de ingresos proveída de los miembros de mi hogar, que tienen 18 años o más, es verdadera y correcta según mi saber y entendimiento.

Comprendo que la información proveída en esta aplicación será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa o fraudulenta.

Firma persona que testifica fecha Nombre, impreso y firma de la persona que asiste con declaracion fecha

State of **TEXAS**
 County of **TRAVIS**

Before me, a notary public, on this day personally appeared _____ known to me through _____ to be the person whose name is subscribed to the foregoing document and, being by me first duly sworn, declared that the statements therein contained are true and correct.

Given under my hand and the seal of office this _____ day of _____ 20_____.

(Personalized Seal)

Notary Public's Signature

To Be Completed by Travis County Staff:

CLIENT _____ CABA # _____

This household consists of _____ persons. **Household's gross program income**, for all household members 18 years and older, for the **30 day period** prior to the date of the application for assistance is \$ _____ and the Income Documentation-Detail "30 days income"

Household's gross annualized Program income based on the 30 day period prior to the date of this application is \$ _____.
Income Documentation-Detail "annualized"

Signature of Caseworker date Signature of SSPA date